

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE N° 596
POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice MONROSE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale
Né le 25 novembre 1911 à Fort de France (Martinique)

Contribution à l'Etude du Traitement
de
l'Hydrocèle Vaginale
par les injections modificatrices
en particulier le Chlorhydrolactate double
de Quinine et d'Urée

Travail du Service de M. le Docteur R. Gouverneur

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1936

TABLEAU DE L'ÉTAT DE LA FRANCE

1800

TABLEAU DE L'ÉTAT DE LA FRANCE
1800

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice MONROSE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale
Né le 25 novembre 1911 à Fort de France (Martinique)

Contribution à l'Etude du Traitement
de
l'Hydrocèle Vaginale
par les injections modificatrices
en particulier le Chlorhydrolactate double
de Quinine et d'Urée

Travail du Service de M. le Docteur R. Gouverneur

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1936

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET
Clinique médicale	}	LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	}	CUNEO.
		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION
Clinique d'accouchements	}	BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Clinique de la tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Professeurs sans chaire	}	HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydro-climatolo-
 gie thérapeutique.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie experimen-
 tale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiä-
 trie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHTER..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE..... Pathologie experimen-
 tale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 FONZELLOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 RUPPE..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA MARRAINE

*A toutes deux je dédie ce
travail, faible témoignage de ma
profonde affection.*

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

*Que nous remercions pour le
grand honneur qu'il nous a fait,
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

A qui nous adressons l'expression de toute notre respectueuse reconnaissance, pour le cordial accueil qu'il nous a toujours réservé et la grande bienveillance qu'il n'a cessé de témoigner à notre égard.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE
DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. MOTZ

CHEF DE LA CONSULTATION D'UROLOGIE

DE L'HÔPITAL DE SAINT-LOUIS

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, et dont le concours
nous a été très précieux, nous
adressons nos vifs remercie-
ments.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. REBOUL

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

*Qui a guidé nos premières
années d'études, nous lui
exprimons notre grande recon-
naissance.*

A NOS COLLÈGUES

Docteur V. KATCHOURA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

J. SABOURIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Docteur Renée SYLVESTRE

Docteur J. LAURENT

INTRODUCTION

L'hydrocèle vaginale est une affection bénigne justiciable de deux modes de traitement essentiellement différents : l'un chirurgical, le retournement de la vaginale ; l'autre médical, la ponction suivie ou non d'injection de liquide modificateur.

Du point de vue chirurgical la cure de l'hydrocèle vaginale est parfaitement bien réglée. Elle a incontestablement l'avantage d'être radicale, évitant ainsi toute récurrence. Son principal inconvénient, en dehors de l'anesthésie, est l'immobilisation forcée du malade durant une dizaine de jours, car les complications (hématome et infection secondaire) sont rares.

Le traitement médical, quoique connu et appliqué depuis fort longtemps, a subi diverses modifications. La ponction simple est peu utilisée, car elle n'empêche pas la reproduction du liquide. L'injection de liquide modificateur a été ensuite préconisée, pour empêcher la reproduction de l'épanchement. De nombreuses substances ont été tour à tour injectées, et un court aperçu permettra de voir que, dans l'ensemble, les

résultats ont été relativement satisfaisants. Cependant on a pu constater des récidives, et des incidents dus à la causticité du liquide modificateur, ou à sa nature toxique.

Durant l'année d'externat que nous avons passée dans le service de notre maître le Docteur R. Gouverneur, nous avons assisté et pris une part active aux recherches du Docteur Charles Motz, relatives au traitement des hydrocèles vaginales par le chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée en solution à 30 %. Cette substance utilisée d'abord, comme agent thérapeutique sclérosant dans les varices et les hémorroïdes, a été employée avec succès dans le traitement de l'hydrocèle vaginale. Devant les avantages incontestables de cette méthode, il nous a paru intéressant de la comparer avec les procédés utilisés antérieurement. Malheureusement les travaux des différents auteurs sont loin d'être aussi complets que nous le désirerions, car ceux-ci ne mentionnent surtout que les cas heureux. Aussi notre travail, sur ce point, risque parfois d'être incomplet et nous nous en excusons.

Aux 19 observations citées dans l'article du Docteur Ch. Motz¹, nous ajouterons 9 autres cas inédits.

Nous n'envisagerons bien entendu dans ce travail

1. CH. MOTZ : « Le traitement des hydrocèles vaginales et des kystes de l'épididyme par les injections de chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée ».

Le Progrès Médical N° 48, 30 novembre 1935, page 1.914.

que le traitement des *hydrocèles vaginales essentielles*, ou de celles qui surviennent à la suite d'un *noyau cicatriciel*, conséquence d'une *épididymite à gonocoque* ou à *microbe pyogène banal*. Nous laisserons de côté celles qui accompagnent une tuberculose génitale.

Notre travail comporte :

1° Un court aperçu historique ;

2° La technique du traitement des hydrocèles vaginales à l'aide de l'injection de chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée ;

3° Les indications, avantages et inconvénients de la méthode. Les résultats obtenus ;

4° Les observations.

HISTORIQUE

C'est à James Earle, chirurgien de l'hôpital Barthélémy (1791), que revient l'honneur d'avoir fait entrer dans la pratique courante, les injections modificatrices dans le traitement des hydrocèles vaginales ; il se servait de vin de porto étendu d'eau.

Les substances les plus diverses ont été injectées depuis ; la multiplicité des procédés employés, dans le traitement médical, montre qu'aucun d'eux n'a donné jusqu'ici de résultats parfaits. Nous ne nous attarderons pas à les décrire longuement ; nous citerons simplement les injections à base :

- d'alcool pur ou dédoublé (Monro),
- de nitrate d'argent (Parent),
- d'ammoniaque liquide (Bonnefond),
- de tanin (Chaumet),
- de chloroforme (Langebeck).

Nous insisterons sur d'autres plus fréquemment employées telles que les injections
d'iode,

d'acide phénique,
de formol,
de sublimé,
de solution de sels de sodium.

Enfin nous exposerons longuement la méthode qui nous a paru d'une grande simplicité et nous a donné d'excellents résultats : l'injection de solution à base de sels de quinine-urée.

TRAITEMENT PAR L'INJECTION D'IODE

C'est une des méthodes les plus anciennes.

Pratiquée pour la première fois par Martin, de Calcutta, en 1832, elle fut introduite en France en 1836 par Velpeau, et eut beaucoup de partisans. Velpeau employait un mélange de 50 grammes de teinture d'iode et de 100 grammes d'eau.

Duplay employait la teinture d'iode pure et eut d'excellents résultats, mais l'injection était très douloureuse. Ce traitement par l'iode est le prototype de l'injection modificatrice. Les résultats sont bons, mais au prix de douleurs terribles, d'une même intensité durant un laps de temps de 2 à 3 jours.

Pour empêcher ces douleurs atroces on eut recours à des solutions anesthésiantes. D'abord la cocaïne eut une grande vogue, mais des incidents nombreux, en firent rejeter l'emploi. On employa alors une solution d'antipyrine à 2%.

Les reproches que l'on fit à cette méthode, étaient plus ou moins mérités. Reclus est celui qui a le plus clairement exposé les accidents de cette méthode.

L'injection est très douloureuse, surtout au moment où l'on malaxe la bourse.

Il y a possibilité d'accidents réflexes, dus à l'intensité de la douleur, malgré l'anesthésie tels que la syncope (citée par Cortyl), les convulsions passagères, les contractures, les paralysies de courte durée (Boursier).

La suppuration de la vaginale ou du testicule a été notée, de même que la vaginalite hémorragique.

La gangrène survient surtout quand le liquide est injecté dans les enveloppes scrotales.

Des accidents d'iodisme peuvent s'observer.

Les signes généraux sont loin d'être rares ; la température est à 39° et, localement, le gonflement du scrotum qui devient dur, rouge, et en même temps très douloureux. Cette réaction dure longtemps, les suites opératoires sont longues, et le malade ne peut reprendre sa vie habituelle qu'au bout d'une quinzaine de jours. Un autre reproche et non le moindre est l'incertitude du résultat. Les statistiques moyennes indiquent dans le traitement par l'injection d'iode pur 2 à 3 % de récidence ; en cas d'injection d'iode étendu 12 % de récidence.

TRAITEMENT PAR L'INJECTION DU SUBLIMÉ

Méthode également très ancienne, elle eut de nombreux partisans et beaucoup de détracteurs. On l'abandonna à la suite de signes d'intoxication mercurielle, survenue chez quelques-uns des malades traités.

Félix, dans sa thèse (1915) se fait le défenseur de la méthode. Ses conclusions s'appuient sur 7 cas de malades traités, avec guérison parfaite (Observations inédites), et sur une cinquantaine de cas de malades soignés à l'hôpital.

La solution de sublimé employée est à 1°/00 ; c'est la liqueur de Van Swieten. La technique est la suivante : le malade étant en décubitus dorsal, on pratique l'aseptie de la région ; on ponctionne au moyen d'un trocart de 3 à 4 mm. de diamètre, et on évacue lentement le liquide. Le deuxième temps capital est *le temps de lavage*. Sans injection anesthésiante, une fois la poche vidée, on injecte d'emblée à l'aide d'une seringue 30 à 50 cc. de liqueur de Van Swieten, préalablement tiédie. On malaxe légèrement et on vide la

poche. On pratique une seconde injection de liqueur, qu'on laisse agir cinq minutes, après lesquelles la poche est vidée définitivement ; le trocart est enlevé, la plaie touchée à l'alcool. Le malade porte un suspensoir. Par la suite, il se forme un liquide réactionnel, mais l'inflammation n'est pas douloureuse. Parfois on observe de légères coliques (facilement calmées par l'application de compresses chaudes sur l'abdomen), ou de légères douleurs le long du cordon. Les douleurs cessent par injection de 1/2 centigramme de morphine.

L'auteur conclut que ce procédé, à moins de susceptibilité individuelle excessive, est sans danger ; le malade n'accuse aucune douleur pendant le lavage, ou pendant la période réactionnelle. Le séjour au lit n'est pas nécessaire, et la guérison est radicale.

TRAITEMENT PAR L'INJECTION D'ACIDE PHÉNIQUE

L'acide phénique fut employé d'abord par Schoetze de Treibniz.

Il injectait dans la poche 15 grammes d'une solution à 8%. De nombreux auteurs ont employé cette méthode par la suite.

Le professeur Tédénat modifie la méthode. Il remplace la solution d'acide phénique par la glycérine phéniquée à 50%. Il injecte 3 à 4 cc. qu'il évacue après. L'injection serait moins douloureuse.

Portillo en 1911 communique les résultats obtenus par la méthode d'injection d'acide phénique qu'il pratique depuis plus de 10 ans et qui lui donne entière satisfaction.

23 cas traités, aucune récurrence. Le procédé employé est le suivant : le liquide de l'hydrocèle est évacué au moyen d'un trocart fin. Il introduit ensuite 8 à 10 cc. d'acide phénique liquéfié par la chaleur (sans addition d'alcool) à une température de 38°. Il évacue ensuite le liquide injecté par le trocart en veillant

bien à ce que le liquide corrosif ne vienne au contact de la peau, ou des plans sous-jacents sous peine de brûlure ; il retire le trocart brusquement, comprime l'orifice d'entrée, et applique du collodion. Le scrotum est enveloppé dans de l'ouate et il fait porter un suspensoir au malade. Celui-ci doit garder le lit trois jours au bout desquels il commence à se lever et marcher. Pour l'auteur l'injection serait indolore. Le malade éprouverait une sensation de vive chaleur, mais pas de douleur. Le maximum de réaction se produit 8 à 10 heures après et serait supportable. La guérison radicale serait obtenue grâce aux adhérences qui suivent les phénomènes inflammatoires.

Il n'y aurait eu de douleurs que dans un seul cas, où on avait laissé dans la vaginale, une quantité assez importante d'acide phénique. Les douleurs ont persisté durant 6 à 8 heures, mais la guérison fut obtenue.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS D'IODE ET D'ACIDE PHÉNIQUE

J.C. Luke communique plusieurs observations d'hydrocèles traitées (1903) par les injections d'iode et d'acide phénique à parties égales.

Observation I. — Malade âgé de 38 ans présentant une hydrocèle énorme datant de 5 ans et tellement tendue qu'elle a la dureté d'une tumeur.

Après ponction avec une aiguille hypodermique, l'auteur injecte lentement une solution de cocaïne. Il introduit alors dans la poche un petit trocart avec un mandrin, et retire ensuite l'aiguille. Le liquide s'écoule par le trocart ; le volume est de près de 800 grammes. Une fois le liquide évacué, il injecte dans la poche 60 grammes d'un mélange à parties égales de :

iode

acide phénique

qu'il évacue ensuite. Après repos d'une 1/2 heure environ, le malade muni d'un suspensoir peut rentrer chez lui sans éprouver de douleur.

Observation II. — Elle concerne un malade âgé de 61 ans, qui présente une hydrocèle de volume d'environ 60 cc. La même thérapeutique est employée avec succès. Cependant, réapparition du liquide deux ans après. Le même traitement est appliqué une deuxième fois et la guérison persiste.

Observation III. — Elle concerne un enfant bien portant, âgé de deux ans, sans aucun antécédent. L'hydrocèle traitée par cette même méthode a été guérie. Le résultat persiste quatre ans après. L'auteur a eu d'autres résultats satisfaisants dans plusieurs cas analogues, et conclut que la guérison par ce procédé est possible dans la majorité des cas, sinon tous.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE FORMOL

Cette méthode a été utilisée par Morestin qui, le 4 décembre 1912, fait une communication à la Société de chirurgie avec des résultats satisfaisants. L'année suivante (mai 1913) il fait une nouvelle communication. Sa technique mise au point est la suivante :

Le sujet couché sur le dos, on pratique une aseptie de la région à la teinture d'iode. Pas d'anesthésie. On soulève l'hydrocèle d'une main, et on enfonce à la partie supérieure l'aiguille d'une seringue de Pravaz. L'aiguille bien enfoncée doit être mobile dans la poche. Un peu au-dessous on enfonce vivement un trocart. On attend que la poche se vide complètement ; le trocart est retiré et par l'aiguille on injecte 2-3-4 cc. d'un mélange à parties égales de :

Formol

Glycérine

Alcool

L'aiguille est retirée. On malaxe la région de façon à bien répandre le liquide injecté. D'après l'auteur,

l'injection serait peu douloureuse ; cependant des phénomènes réactionnels considérables font leur apparition au bout de quelques heures ; le scrotum gonfle considérablement, devient œdémateux, mais n'a pas la coloration inflammatoire rougeâtre qu'on trouve après l'injection iodée. Au bout de deux à trois jours, la réaction atteint son maximum, pas trop douloureuse, mais le malade a une sensation de pesanteur désagréable et éprouve une gêne importante. La régression commence trois à quatre jours après, et s'achève en quatre à cinq semaines. Il n'y aurait pas de complication à enregistrer. Quelques insuccès du début seraient dus à l'insuffisance de liquide injecté.

Le procédé fut employé par la suite par quelques praticiens.

Dans sa thèse (1914), Granier communique les résultats obtenus par la méthode avec injection de formol ; 17 observations avec des résultats parfaits. La technique est la même que celle de Morestin. L'auteur signale que l'injection n'est pas douloureuse, mais que les réactions sont considérables. La régression commence au bout de quelques jours, puis la guérison survient. Le malade reprend une vie normale qu'il n'a abandonnée qu'un ou deux jours.

L'auteur conclut que le procédé est simple, indolore et n'expose à aucun accident.

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE SODIUM

Gray rapporte deux cas d'hydrocèles traitées par l'injection de chlorure de sodium en solution à 25 %. La technique est la suivante : injection de la solution distendant le sac complètement, puis évacuation après quelques minutes, pour éviter un effet caustique trop sévère.

Premier cas. — Hydrocèle datant de sept ans, déjà ponctionnée plusieurs fois. Après l'injection le malade ressent une grande douleur dans le scrotum et les testicules ; l'évacuation de la solution est impossible, à cause des phénomènes réactionnels, ayant entraîné une viscosité intense du liquide. A la fin de la semaine le scrotum est gangréneux puis tout rentre dans l'ordre. Au bout de quatre semaines la guérison se produit.

Deuxième cas. — Il concerne une hydrocèle datant de quelques mois. On pratique une anesthésie locale, on incise la peau et pour évacuer le liquide on emploie un très large trocart. On fait 2 à 3 lavages du sac

avec une solution isotonique, puis on injecte la solution de chlorure de sodium à 25 %, à laquelle est ajoutée une solution de novocaïne à 1 %. Après dix minutes on évacue le sac et on lave de nouveau avec la solution isotonique, puis on vide le sac aussi complètement que possible. Le malade garde le lit. La réaction douloureuse a été moindre que dans le premier cas, et la guérison complète survient dans le même délai.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE MORRHUATE DE SODIUM

Floyd et Pitmann ont obtenu en 1934 d'excellents résultats avec l'injection d'une solution à 5 % de morrhuate de sodium à laquelle ils ajoutèrent par la suite une solution à 0,5 % de phénol.

Ils eurent de bons résultats dans la majorité des vingt cas qu'ils traitèrent par ce procédé.

La technique est la suivante. Préparation de la peau au mercurochrome. Anesthésie locale à la novocaïne. On ponctionne avec une aiguille de gros calibre et on évacue le liquide. Pour éviter toute douleur on injecte dans le sac lui-même une solution de novocaïne à 2 % qu'on évacue après trois minutes. La solution de morrhuate de sodium est alors injectée : 8 cc. ordinairement, qu'on laisse agir une minute. Puis on évacue la moitié ; on malaxe légèrement la bourse et on applique du collodion. Les jours suivants on observe un gonflement des bourses. Une semaine

plus tard le scrotum est tendu avec du liquide. Celui-ci se résorbe en dix jours. Le gonflement disparaît en moins d'un mois et la guérison est complète. Rarement il peut persister une induration à la palpation après ce laps de temps.

TRAITEMENT PAR INJECTION DE VACCIN

S. Mallanah examina au point de vue bactériologique le liquide recueilli après ponction. Dans 40 cas, il n'aurait pas découvert de microbe, dans un seul cas, il aurait trouvé un germe qui, après culture, s'est révélé être le bacille pyocyanique. L'hydrocèle datait de dix ans et avait été ponctionnée plus de douze fois. L'auteur fit préparer un vaccin stérile contenant 25 millions de germes et l'injecta dans l'hydrocèle. A la suite de l'injection, il observe une inflammation sévère, une augmentation de volume et une température élevée. Cependant, par la suite, les phénomènes inflammatoires diminuèrent et en deux mois, l'hydrocèle était guérie.

Encouragé par ce succès, il traite 12 malades par des vaccins contenant 5 à 10 millions de bacilles pyocyanique et de staphylocoques pyogènes dorés. Le vaccin était introduit après ou sans ponction. Les résultats furent satisfaisants, mais les mêmes phénomènes inflammatoires se reproduisirent.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE QUININE-URÉE

Quelques auteurs à l'étranger rapportent de nombreuses observations avec des résultats satisfaisants. Ils pensèrent que la solution de quinine-urée, employée pour le traitement des varices, pouvait également servir dans la thérapeutique de l'hydrocèle.

— F.G. Pybus en 1930 rapporte cinq cas. La *première observation* concerne un homme de 54 ans. Hydrocèle droite datant de deux ans ; déjà ponctionnée dix fois. Traitement en juin 1928 à « The royal Victoria Infirmary ». Anesthésie locale à la novocaïne. Ponction évacuatrice au trocart. Injection de 2 cc. de solution de quinine-urée. L'auteur conseille d'avoir la précaution de ne pas mettre en contact la solution et les autres tissus. Massage de la bourse. Le malade n'a accusé aucune douleur, pas d'œdème, pas de fièvre ; le liquide s'est reformé et est aspiré sept jours plus tard. Malade guéri ; 18 mois après le résultat persiste, plus de liquide dans la vaginale.

La *deuxième observation* concerne un malade âgé de

72 ans. Hydrocèle datant de plusieurs années, déjà ponctionnée. Volume d'une noix de coco. Même procédé. Le malade n'accuse aucune douleur ; le liquide se reforme et est aspiré une semaine plus tard. Pas de retour du liquide. Guérison.

Trois autres observations avec résultats satisfaisants depuis plus d'un an. Le premier malade avait été hospitalisé par précaution. Les autres bénéficièrent d'un traitement ambulatoire. L'auteur pense, en outre, ce qui est notre avis, que la seconde ponction évacuatrice n'est pas nécessaire, le liquide pouvant se résorber graduellement.

Les résultats satisfaisants obtenus par cette méthode tentèrent par la suite quelques praticiens.

N.S. Kilbourne et C.J. Murray en 1932 rapportent des observations de malades traités par cette solution de quinine urée. Les résultats ont été excellents.

Georges H. Elwell, ainsi que deux de ses collègues, ont suivi la même méthode. Ils communiquent 30 observations d'hydrocèles traitées par cette solution de quinine-urée. Les résultats ont été également très satisfaisants.

NOTRE MÉTHODE PAR LE CHLORHYDRO LACTATE DE QUININE ET D'URÉE

Le procédé employé est le même que celui du Docteur Blavier de Liège, qui le premier publia à ce sujet des résultats remarquables (sur 74 cas, 74 guérisons). Ce procédé, employé également par le Docteur Charles Motz dans ses recherches personnelles, lui a permis d'obtenir des résultats très intéressants, quoi qu'il ait donné entre ses mains quelques échecs. Pour la ponction nous employons de petits trocars fins analogues à ceux que l'on utilise pour la création d'un pneumo-thorax artificiel, ou l'aiguille à ponction veineuse de Küss.

L'anesthésie locale n'est pas nécessaire, le sujet supportant facilement la piqûre. On désinfecte soigneusement la peau du scrotum à l'alcool. La peau des bourses bien tendue, le testicule maintenu soigneusement pour éviter sa blessure, on ponctionne. Le liquide est recueilli dans un verre gradué. Le volume peut être inférieur à 75 cc. ; dans ce cas nous

n'injectons que 3 cc. de liquide modificateur. S'il est supérieur à 75 cc. nous injectons 6 cc. de liquide modificateur.

Ce dernier est une solution à 30 % de chlorhydrolactate de quinine et d'urée, en milieu glyciné.

La solution que nous employons correspond à la formule suivante :

Chlorhydrolactate double de quinine	
et d'urée	30 gr.
Antipyrine	0,35
Eau distillée	} parties égales pour . . 100 cc.
Glycérine	

Cette solution est répartie en ampoules de 3 cc.

Une fois l'injection pratiquée nous retirons le trocart. Un point sur lequel nous insisterons, c'est qu'il est très utile de malaxer pendant quelques minutes le sac de l'hydrocèle, de manière à répartir le liquide sur toute la surface de la poche.

L'injection est soit indolore sur le moment ou, si la douleur immédiate apparaît, elle est de très courte durée et le malade peut regagner très facilement son domicile. Quelques douleurs peuvent survenir environ deux à trois heures après. Le fait est assez rare ; la plupart du temps ces douleurs sont insignifiantes, et très supportables. A partir de ce moment l'évolution suit une marche presque uniforme dans tous les cas. Au bout de 24 ou 48 heures, il se forme un liquide

réactionnel dans la poche. Le volume augmente progressivement, jusqu'à atteindre au bout de 6 à 8 jours, le même volume qu'on notait avant la ponction. Ensuite on observe une marche régressive; l'épanchement du liquide diminue, et se résorbe complètement au bout d'un temps variable. D'une manière générale nous ne pratiquons qu'une injection avec la solution modificatrice; cependant, dans certains cas, hydrocèle ancienne, hydrocèle de volume considérable, une seule injection n'est peut-être pas suffisante. L'évolution nous indique dans tel ou tel cas si nous devons reprendre le traitement.

INDICATIONS

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE NOTRE MÉTHODE. NOS RÉSULTATS

Nous ne savons absolument rien de précis, de la façon dont agissent les injections modificatrices, et en particulier la solution de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée, pour empêcher la reproduction du liquide de l'hydrocèle. Avec cette dernière méthode il n'est nullement prouvé, qu'il y ait sclérose et accollement des deux feuillets de la vaginale.

L'examen anatomo-pathologique d'un feuillet de la vaginale, après le traitement mentionné dans l'article de Blavier, plaiderait en faveur de la transformation fibreuse. Cette opinion est cependant sujette à discussion, car cette étude anatomo-pathologique a été pratiquée trop précocément, deux mois environ après l'injection de la solution de quinine-urée. Par ailleurs, dans quelques un de nos cas, revus plus d'un an après le traitement, il était impossible, de pouvoir reconnaître le côté traité : la vaginale en effet était extrêmement souple, et parfaitement pinçable.

Aussi ne prendrons-nous pas parti pour fournir une explication plausible du mode d'action du traitement. Les hydrocèles vaginales susceptibles d'être traitées par la ponction évacuatrice et l'injection de solution de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée sont :

1^o *Les hydrocèles essentielles*, c'est-à-dire celles pour lesquelles on ne découvre à l'origine aucune cause précise après un examen clinique approfondi.

2^o *Les hydrocèles vaginales survenant à la suite d'un noyau épидидymaire cicatriciel*, conséquence d'une épидидymite à gonocoques ou à microbe pyogène banal. Ne devons pas être traitées par les injections modificatrices :

1^o *les hydrocèles vaginales survenant au cours de l'évolution d'une tuberculose génitale*. Il s'agit dans ces cas d'un épanchement réactionnel, épiphénomène au cours d'une épидидymite ou orchi-épидидymite tuberculeuse. Le traitement médical doit céder le pas à l'acte opératoire ;

2^o *les hydrocèles vaginales avec gros épaisissement des parois de la vaginale* contenant un liquide plus ou moins hématique, c'est-à-dire peu ou pas translucide. L'évolution de cette variété vers l'hématocèle commande une cure radicale par retournement de la vaginale ;

3° les *hydrocèles vaginales* survenant au cours de l'évolution d'une *épididymite aiguë ou subaiguë non tuberculeuse*.

Dans ces cas, il faut savoir attendre et ne pas se presser. Très souvent avec l'évolution de l'épididymite vers la cicatrisation l'épanchement diminue puis disparaît. A notre avis il faut patienter au moins trois mois après guérison de l'épididymite avant de recourir à la ponction et à l'injection de la solution de quinine-urée.

L'étude comparative de ces différentes méthodes utilisées jusqu'ici dans le traitement médical de l'hydrocèle, les résultats obtenus, prouvent l'avantage incontestable de la méthode que nous employons. Nous n'avons certes pas 100 % de guérison, mais notre impression est que nous verrons bientôt une vogue nouvelle du traitement médical de l'hydrocèle. Nous sentons qu'avec les injections de chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée, les résultats seront très satisfaisants. Dans 28 cas traités par notre méthode nous avons obtenu 23 guérisons et 5 échecs. L'étude de ces derniers montre des causes qui peuvent faire prévoir un échec : *l'ancienneté de l'hydrocèle*, hydrocèle vieille de dix ans (*Obs. XVII. Ch. Motz*), hydrocèle de trente ans (*Obs. XVIII. Ch. Motz*) ; la *thérapeutique antérieure*, hydrocèle de trois ans déjà ponctionnée, et traitée par une solution de synthol (*Obs. XXV*).

NOTRE TECHNIQUE OPÉRATOIRE est la plus simple. Elle consiste en une simple piqûre que le malade supporte très bien. Nous n'employons pas d'anesthésiants.

LA DOULEUR en dehors de la piqûre a été nulle dans 17 cas. Dans les autres cas elle fut légère, et de durée variant de 2 à 48 heures. Douleur très supportable dans six cas. Dans cinq cas elle a été assez considérable. Dans trois observations du Docteur Motz, elle a été assez vive durant 48 heures (*Obs. VIII*); intense et persistante durant huit jours (*Obs. X*); tardive puisqu'elle est apparue quinze jours après l'injection et vive (*Obs. XV*).

Dans deux de nos observations elle a été vive durant 48 heures, et débutait 6 heures après l'injection, (*Obs. XXVI*). Dans l'autre cas elle a été vive durant trois jours, empêchant le malade de dormir, la première nuit (*Obs. XXVII*).

LES PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES sont nuls dans tous les cas; on n'observe pas d'œdème, ni rougeur des bourses. Dans aucun cas le malade ne présente de signes d'intolérance à la quinine. Pas de bourdonnements d'oreilles.

L'ÉVOLUTION dans tous les cas suit une marche uniforme, 24 à 48 heures après l'injection apparaît

dans la vaginale un liquide réactionnel. Le volume initial est atteint vers le cinquième ou sixième jour, puis la régression commence. Le liquide se résorbe dans un délai variable, de trois semaines à deux mois et la guérison survient. La recherche de la translucidité est d'une très grande utilité pour suivre l'évolution. Dans la plupart des cas traités, à la fin de la première semaine, on observe la disparition de la translucidité. La cause exacte de ce phénomène n'est pas connue. Pour Blavier, deux faits pourraient l'expliquer : l'épaississement de la vaginale ou la modification de couleur du liquide par du sang épanché. Cependant au cours de la marche normale vers la guérison, la translucidité peut réapparaître plus légère qu'au début, pour disparaître complètement à la guérison.

Dans les cas d'échecs, le volume de la masse du liquide réactionnel ne régresse pas. La translucidité réapparaît au cours du deuxième mois ; si celle-ci persiste au delà de ce temps, il est à peu près certain qu'une deuxième ponction sera nécessaire, suivie d'une nouvelle injection modificatrice. En cas de nouvel échec, *une translucidité persistante permet d'espérer une cure facile au point de vue chirurgical.*

OBSERVATIONS¹

OBS. I. (Ch. Motz). — D.L., 64 ans, hydrocèle datant de trois ans, ponctionnée le 4 juillet 1934 (225 c.c.) Injection de 6 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en trois semaines. A été revu trois mois et quinze mois après l'injection sans récurrence. *Guérison*.

OBS. II. (Ch. Motz). — L. Cl., 25 ans. Hydrocèle datant de trois mois survenue après une épididymite gonococcique ponctionnée le 28 août 1934 (150 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Légère douleur pendant 24 heures. Résorption en six semaines. Revu un mois et quatorze mois après. *Guérison*.

OBS. III. (Ch. Motz). — C.L., 28 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée le 17 novembre 1934 (350 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en deux mois. Revu huit mois après. *Guérison*.

OBS. IV. (Ch. Motz). — R.P., 33 ans. Hydrocèle

1. Les observations numérotées I à XIX ont été publiées par le Docteur Charles Motz, dans son article du *Progrès Médical*, 30 novembre 1935.

datant de trois mois, ponctionnée le 17 novembre 1934 (250 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Légère douleur pendant 24 heures. Résorption en six semaines. Revu onze mois après. *Guérison*.

OBS. V. (Ch. Motz). — A.J., 71 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée le 23 novembre 1934 (125 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Légère douleur pendant 12 heures. Résorption en un mois. Revu un mois et onze mois après. *Guérison*.

OBS. VI. (Ch. Motz). — N.C., 55 ans. Hydrocèle gauche datant de trois ans. Ponctionnée le 24 novembre 1934 (180 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en un mois. Revu un mois, six mois et dix mois après. *Guérison*.

OBS. VII. (Ch. Motz). — Même malade que l'observation VI. Hydrocèle droite datant de deux ans, ponctionnée, le 23 mars 1935 (70 cc.), 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en six semaines. Revu quatre mois après. *Guérison*.

OBS. VIII. (Ch. Motz). — S.A., 46 ans. Hydrocèle datant de quatre mois, ponctionnée le 2 novembre 1934 (160 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Douleurs assez vives pendant 48 heures. Résorption en un mois. Revu un mois et six mois après. *Guérison*.

OBS. IX. (Ch. Motz). — H.P., 23 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée le 2 novembre 1934 (340 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Aucune dou-

leur. Résorption en six semaines. Revu six mois et neuf mois après. *Guérison*.

OBS. X. (Ch. Motz). — C.A., 47 ans. Hydrocèle datant de deux mois et demi, ponctionnée le 19 janvier 1935 (350 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Douleurs pendant huit jours empêchant le malade de travailler. Résorption en six semaines. Revu neuf mois après. *Guérison*.

OBS. XI. (Ch. Motz). — V.A., 26 ans. Hydrocèle datant de quatre mois, ponctionnée le 14 février 1935 (160 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Résorption en six semaines. Revu deux et huit mois après. *Guérison*.

OBS. XII. (J. Tissot). — S.B., 63 ans. Hydrocèle datant de sept ans, ponctionnée le 22 février 1935 (360 cc.), 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois et sept mois après. *Guérison*.

OBS. XIII. (J. Tissot). — A.V., 47 ans. Hydrocèle datant de 18 mois, ponctionnée le 15 mars 1935 (360 cc.), 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois après. *Guérison*.

OBS. XIV. (J. Tissot). — Dr. T., 40 ans. Hydrocèle datant de six mois, ayant subi une ponction simple en 1934 (300 cc.). Le 24 juin, on retire 450 cc. de liquide d'hydrocèle et on injecte 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu quatre mois après. *Guérison*.

OBS. XV. (R. Giard). — S.L., 48 ans. Hydrocèle

datant d'un an. Ponction simple en juillet 1934 (200 cc.). Le 19 décembre 1934 nouvelle ponction (320 cc.) suivie d'une injection de 6 cc. de liquide modificateur. La douleur n'est apparue que treize jours après, très vive ; à ce moment, bourse énorme, tendue. La marche est devenue très pénible. Etat grippal : toux, courbatures. Un mois après l'injection les douleurs ont disparu mais la bourse reste volumineuse. On reponctionne (200 cc.) sans injection de médicament. Revu deux mois et cinq mois après : état parfait. *Guérison.*

OBS. XVI. (Ch. Motz). — B.R., 23 ans. Hydrocèle datant d'un an, ponctionnée le 13 décembre 1934 (40 cc.), 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu cinq mois et dix mois après, le volume de l'hydrocèle ne semble pas s'être modifié (environ 40 cc.). On note une translucidité très nette. *Echec.*

OBS. XVII. (Ch. Motz). — L.A., 73 ans. Hydrocèle datant de 10 ans, ponctionnée le 20 décembre 1934 (40 cc.), 3 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Revu un mois et dix mois après, le volume de l'hydrocèle ne semble pas s'être modifié (environ 40 cc.). Au dixième mois, la translucidité a reparu. *Echec.*

OBS. XVIII. (Ch. Motz). — C.E., 54 ans. Hydrocèle datant de trente ans, ponctionnée le 14 février 1935 (300 cc.) 6 cc. de liquide modificateur. Aucune douleur. Pas de résorption appréciable. Le 9 mai 1935 la

translucidité ayant reparue, on reponctionne et on retire 225 cc. de liquide citrin. On fait à nouveau une injection de 6 cc. de liquide modificateur. On revoit le malade en octobre 1935, on estime à environ 100 cc., le volume du liquide contenu dans la vaginale. Il n'y a pas de translucidité. *Echec.*

OBS. XIX. (J. Tissot). — Dr. Y., 53 ans. Hydrocèle datant de deux ans, ponctionnée en juillet 1935 (250 cc.), 5 cc. de liquide modificateur. Revu en octobre 1935. Il existe un léger épanchement qui n'a pas encore été reponctionné. *Echec.*

Observations inédites

OBS. XX. (*Personnelle*). — V.A., âgé de 25 ans. Hydrocèle datant de quatre mois. Ponctionnée le 14 février 1935. Evacuation de 160 cc. Injection de 6 cc. de liquide modificateur. Le malade n'a pas accusé de douleurs. Revu huit jours et deux mois après. Plus de liquide dans la vaginale, huit mois après, *résultat parfait.*

OBS. XXI. (*Personnelle*). — O.H., 53 ans. Hydrocèle déjà ponctionnée en 1908 et traitée par une injection de liquide modificateur à base d'iode. Le 15 octobre 1935, réapparition de liquide. Vu par nous le 7 novembre 1935. La ponction ramène 150 cc. de liquide citrin. Injection de 3 cc. de liquide modifi-

cateur (chlorhydrolactate de quinine-urée). Malade revu huit jours après. A éprouvé de légères douleurs durant 24 heures. Revu un mois après. Volume sans changement. Nouvelle ponction évacuatrice de 150 cc. Injection de 6 cc. de liquide modificateur. A souffert pendant 48 heures. Suivi tous les mois. Amélioration. Revu le 25 mars 1936 : il n'y a *plus de liquide — aucune translucidité. Guérison.*

OBS. XXII. (*Personnelle*). — L.H., employé, 49 ans. Présente une hydrocèle datant de trois mois. Pas d'antécédent d'épididymite. Ponction le 9 octobre 1935. Volume de 180 cc. Injection de 6 cc. de liquide modificateur. Douleurs pendant 24 heures, puis plus légères durant 24 heures. Revu huit jours après. Amélioration. Le 21 novembre 1935 plus de liquide dans la vaginale. *Guérison.*

OBS. XXIII. (*Personnelle*). — D.P., 46 ans. Employé. Hydrocèle datant de 6 mois. Antécédent : blennorragie à 25 ans. Sans épididymite. Urines claires. Ponction le 25 novembre 1935. (160 cc.), 6 cc. de liquide modificateur. N'a accusé aucune douleur. Nouvelle ponction le 18 décembre. Evacuation de 60 cc. de liquide. Nouvelle injection de 6 cc. de liquide modificateur. Légère douleur le soir de l'injection. Revu le 1^{er} avril 1936. *Plus de liquide. Résultat parfait.*

OBS. XXIV. (*Personnelle*). W.M., 49 ans. Employé. Hydrocèle datant de un an. Pas d'antécédent. Ponc-

tion le 12 décembre 1935 ramène 125 cc. Injection de 6 cc. de liquide modificateur. Revu le 23 décembre. Diminution nette de volume. Pas de translucidité. Le malade n'a pas accusé de douleurs.

11 janvier 1936. Plus de liquide dans la vaginale. Un mois après légère augmentation de volume et translucidité légère. Le 7 mars on évacue 5 cc. de liquide. *Guérison probable.*

OBS. XXV. (*Personnelle*). — F.A., 63 ans. Hydrocèle datant de trois ans. Déjà ponctionnée trois fois. Injection de synthol. Aucune amélioration. Vu le 12 décembre 1935. Ponction ramène 600 cc. de liquide citrin. Injection de 6 cc. de liquide modificateur. Malade n'a pas eu de douleurs. Le 2 janvier 1936, nouvelle ponction. Evacuation de 50 cc. de liquide hématique. Revu le 30 janvier 1936. Volume à peu près aussi considérable. Pas de changement. *Echec.*

OBS. XXVI. (Ch. Motz). — C.A., 44 ans, présente une hydrocèle gauche datant de novembre 1935. Déjà ponctionnée en décembre 1935 avec injection d'une solution iodée. Douleurs durant deux heures. Reproduction du liquide. Ponction le 21 février 1936. On évacue 60 cc. de liquide. Injection de 3 cc. de liquide modificateur. Douleurs assez vives pendant 48 heures ayant débutées six heures après la ponction. Pas de bourdonnements d'oreille. Peau rosée. 12 mars Presque pas de liquide. 23 avril. *Résultat parfait.*

OBS. XXVII. (*Personnelle*). — V.M., 41 ans, présente une hydrocèle datant de 3 ans 1/2, n'a pas d'antécédent de blennorragie et d'épididymite. Nous pratiquons une ponction évacuatrice de 150 cc. le 8 janvier 1936 et nous injectons ensuite 6 cc. de liquide modificateur; le malade a eu des douleurs pendant 3 jours, il n'a pas pu dormir la première nuit. Nous l'avons revu 3 mois après. Il n'y a plus de liquide dans la vaginale. *Il n'y a pas de translucidité. Guérison.*

OBS. XXVIII. (*Personnelle*). — N.A., 21 ans, électricien, présente une hydrocèle gauche datant de plus de deux ans, aucun antécédent, les urines sont claires. Ponction le 10 mars 1936; le volume est de 60 cc.; injection de 2 cc. de liquide modificateur. Nous avons revu le malade 8 jours après. Il y a eu quelques douleurs durant deux heures, puis a éprouvé une sensation d'endolorissement de la région, le volume est à peu près identique.

Nous l'avons revu le 7 avril 1936; la bourse gauche est à peine plus volumineuse que la droite, il n'y a *plus de translucidité. Guérison.*

CONCLUSION

I. — Le traitement médical de l'hydrocèle¹ vaginale consistant en ponction évacuatrice et injection de liquide modificateur est une thérapeutique intéressante et qui à l'heure actuelle a fait ses preuves.

II. — Elle doit être appliquée aux *hydrocèles essentielles et à celles qui surviennent à la suite d'un noyau épидидymaire fibreux*. Elle est à rejeter dans les hydrocèles vaginales évoluant parallèlement à une tuberculose génitale ou au cours d'une épидидymite aiguë de quelque nature qu'elle soit.

III. — *L'iode, l'acide phénique, le formol, le sublimé, le chlorure de sodium et même des vaccins* ont été utilisés comme agents actifs dans les liquides modificateurs employés par les différents auteurs. Ces procédés ont l'inconvénient de provoquer des réactions inflammatoires qui immobilisent le malade pendant plusieurs jours. On a même dans certains cas des phénomènes de nécrose causés par la causticité de la substance employée ou des signes d'intoxication dus à l'intolérance du malade aux médicaments.

IV. — Le *chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée en solution* à 30 % a l'avantage d'être d'un maniement facile ; il ne s'accompagne pas de douleurs ou si celles-ci surviennent, elles sont le plus souvent de très faible intensité. Les réactions inflammatoires sont inexistantes à de rares exceptions près. L'innocuité du produit aux doses thérapeutiques est la règle.

Les échecs notés sont rares. Il est à remarquer que même dans ces cas-là, la vaginale restant souple, l'acte chirurgical est aussi simple, que dans les hydrocèles vaginales n'ayant subi aucun traitement médical.

Vu :
le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de la thèse :
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Archer (G.T.L.).** — « Case of hydrocèle treated by injection », *Journal Roy. Army. Médical*, octobre 1932, pp. 292-294.
- Audoin.** — *Traitement des hydrocèles par les grands lavages phéniqués*, thèse, Paris, 1897, n° 523.
- Black (D.-M.).** — « Injection treatment of hydrocèle », *China. Médical Journal*, n° 45, pp. 348-349, avril 1931.
- Blavier (L.).** — « Traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée », *Presse médicale*, 2 mai 1934, n° 35, p. 705.
- *idem*, dans le *Journal de Médecine de Paris*, n° 43, 25 octobre 1934.
- « Essais de traitement sclérosant de diverses affections chirurgicales, par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée », dans *Bruxelles Médical* 2, juin 1935.
- Bouffard.** — *Le formol dans la thérapeutique des organes génito-urinaires*, thèse Bordeaux, 1896.
- Delrez (L.) et Blavier (L.).** — « Traitement sclérosant de l'hydrocèle », *Le Scalpel*, n° 11, 17 mars 1934.
- « Traitement sclérosant de l'hydrocèle », *Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, novembre 1933, pp. 334-336.
- Djiritis.** — *Traitement de l'hydrocèle par la glycérine phéniquée*, thèse, Montpellier 1904, n° 4.

Dessort. — *Traitement de l'hydrocèle par l'injection du sublimé*, thèse, Paris 1895.

Finochietto (R.) et **Mesa (I.-M.)**. — « Hydrocele esencial. Tratamiento por aspiraciones e inyecciones », *Prensa Medical, Argentina*, n° 16, pp. 563-565, septembre 1930.

Félix. — *Traitement de l'hydrocèle par la liqueur de Van Swieten*, thèse, Montpellier (1914-1915) n° 25.

Floyd (E.) et **Pittman (J.-L.)**. — « Injection of hydrocèles with newer sclerosing solutions; experimental study », *Journal Medical américain, Georgie*, n° 23, pp. 63-66, février 1934.

Friedmann (M.). — « Zur Hydrozelenbesandlung (injection) », *Deutsche, Med. Woch.*, n° 58, pp. 975-976, 17 juin 1932.

Gray (Saint G.-B.-D.). — « Injection treatment of hydrocèle », *British Medical Journal*, n° 1, pp. 649-550, 5 avril 1930.

Granier. — *Traitement de l'hydrocèle commune par le formol*, thèse Montpellier, 1914-1915, n° 69.

Kilbourne (N.J.) et **Murray (G.-S.)**. — « Treatment of hydrocèle-researches en new solutions for injection treatment; results compared with operations », *California et West Medical*, n° 37, july 1932.

Luke (J.-C.). — « Some cases of hydrocèle cured by iodine and carbolic acid injections », *American journal Derm. and genito-urinary*, 1903, t. VII, p. 262.

Mallanah. — « A vaccine treatment of hydrocèle », *British Medical Journal*, 1912, p. 184.

Morestin. — « Hydrocèle vaginale traitée par la ponction formolée », *Bulletin et Mémoire Société de chirurgie de Paris*, 1912, pp. 1460-1462, et Paris 1913, pp. 791-795.

Maingot (R.-H.). — « Technique of injection treatment of varicose veins », *Post. Grad. Medical Journal*, n° 8 pp. 307-309, august 1932.

- Motz (Ch.).** — « Le traitement des hydrocèles vaginales et des kystes de l'épididyme par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée », *Progrès Médical* 30 novembre 1935.
- Polaiillon** .— « Le chlorure de zinc dans l'hydrocèle », *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879.
- Ponsard.** — *Traitement de l'hydrocèle par l'éther iodoformé*, thèse Paris 1895, n° 26.
- Porrit (A.-E.).** — « Injection treatment of hydrocèle, varicocele, bursae and nævi », *Clinic Journal*, n° 60, pp. 355-358, 29 juillet 1931.
- Portillo.** — « Cure radicale de l'hydrocèle idiopathique par l'injection d'acide phénique », *Bulletin Médical*, 26 juillet 1911.
- Pybus (F.-C.).** — « Injections, cure of hydrocèle », *British Medical Journal*, p. 239, 8 février 1930.
- Rao (K.-V.).** — « Quinine-urethane (éthyl carbamate) in case of hydrocèle », *Indian Medical Gazette*, n° 66, p. 392, july 1931.
- Sarrazin.** — *L'hydrocèle et le sublimé*, thèse, Paris 1884.
- Soubeyran.** — « La cure de l'hydrocèle essentielle par l'injection de formol. Ses avantages », *Revue Générale de clinique et de thérapeutique*, 1915, t. XXXIX, p. 17.
- Tissot (J.).** — « Traitement des hydrocèles par les injections sclérosantes, *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale de l'Elysée*, n° 69, janvier 1936.
- Trolard (A.).** — « Un cas d'hydrocèle guéri par l'injection d'eau peptonée », *Progrès Médical*, n° 29, 16 juillet 1932.
- Velpeau.** — « L'iode dans la cure de l'hydrocèle », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1850, t. XVI, p. 353.



2115 14